Lane Medical Library

Resultate

nach

Castration der Frauen bei Myomen des Uterus.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 8. August 1893

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Alfred Neithardt

aus Carthaus (Westpreussen).

OPPONENTEN:

Hr. Cand. med. Curdt.
- Cand. med. Rathenow.
- Cand. med. Störring, Dr. phil.

BERLIN.

Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstrasse 158.

Seiner lieben Mutter

in Verehrung und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Bei der Unzulänglichkeit der therapeutischen Maassnahmen, welche zur Beseitigung von Uterusmyomen angestrebt wurden, hat die neuerer Zeit in die Chirurgie eingeführte Castration der Frauen wegen Myomen des Uterus, in Concurrenz mit anderen operativen Behandlungsmethoden der Myome, wie die Myomotomie, Enucleation, supravaginale Amputation und Totalexstirpation des Uterus, in der gynäkologischen Praxis gebührende Berechtigung gefunden.

Unter den hervorragendsten Operateuren hat, gleichzeitig mit Lawson-Tait und Battey, zuerst Alfred Hegar im Jahre 1872 die Castration im neueren Sinne zielbewusst ausgeführt, indem er durch Totalexstirpation beider Ovarien den Klimax künstlich anticipierte und mit seinen Consequenzen — Fortfall der Ovulation und Menstruation — directe und indirecte Heileffecte erzielte.

Theoretische Deductionen führten zuerst zu der Castration.

Es steht in der Erfahrung, dass bei Defect der Ovarien auch der Uterus fehlt oder nur rudimentär vorhanden ist. Beobachtungen zeigten, dass im Gefolge doppelseitiger Ovariotomieen der Uterus atrophierte, dazu kam noch die Thatsache, dass nach absolviertem Klimax Myome des Uterus gewöhnlich nicht weiter wachsen, im Gegenteil stillstehen oder selbst einer regressiven Metamorphose anheimfallen. Damit verschwinden oder vermindern sich auch die lästigen Beschwerden, vor allen aber die schwächenden und jeden Lebensgenuss verkümmernden Blutungen.

Die Erfahrung hat die auf solche Prämissen gegründete Castration gerechtfertigt. Freilich kommen davon gewisse Ausnahmen vor.

Dennoch ist die Castration immer noch eine Operation, die nur nach strengster Indication ausgeführt werden darf.

Es wird daher jeder Fall von Uterusmyomen zu individualisieren sein, und die Gefahr des operativen Eingriffs gegenüber der Aussicht auf Erfolg abzuwägen sein, bevor man sich vor den anderen, radicalen Operationsmethoden zur Castration entschliesst. Im allgemeinen bezieht sich wohl die Castration hauptsächlich auf interstitielle und submucöse Myome, welche den Uterus nicht über die Grösse eines im 4. Monat schwangeren Uterus ausgedehnt haben und bei welchen die Blutungen noch nicht ihren menstruellen Typus verloren haben, während bei grösseren Tumoren oder bei denen sich cystische Degeneration zeigt, sowie bei subserösen Myomen, zumal mit guter Stielbildung, die Myomotomie vorzuziehen ist.

Was im allgemeinen die Resultate nach Castration der Myome anbelangt, so sind zwar nach den feststehenden Beobachtungen die unmittelbaren Erfolge des operativen Eingriffs sowie seine Endeffecte noch immer wechselnd, aber immerhin lässt sich erfreulicher Weise constatieren, dass die Resultate gegen früher bessere geworden sind. Diese Resultate beziehen sich auf die Mortalität der operierten Fälle und auf den Erfolg bezüglich der beseitigten Beschwerden. Die Mortalitätsziffer war anfangs nicht so günstig, ist aber, seitdem die operative Technik der Laparotomie mit der Antiseptik so glänzende Fortschritte gemacht hat, ständig im Sinken begriffen. Die häufigste Ursache ist in den unglücklich verlaufenden Fällen noch immer die septische Infection unter dem Bilde der septischen Peritonitis; demnächst folgen Blutungen, Shock, Ileus, Thrombose der Schenkel- und Beckenvenen, Herzschwäche (traumatische Atrophie) u. a. m.

Die grösste Statistik bez. der Mortalität bei Myomcastrationen liefert Wiedow. Von 149 Castrierten starben 15 infolge der Operation = 10 %. In 11 Fällen von jenen 15 war septische Peritonitis die Todesursache. Unter den von Olshausen vom Juli 1875 bis Aug. 1885 an Myom Castrierten 13 Fällen waren 4 Todesfälle und zwar 2 an Septikämie, 1 Fall, bei welchem die Operation nach kaum abgelaufener Peritonitis stattfand, an Recrudescenz der Peritonitis, 1 Fall von Embolia pulmonal. 11 Tage nach der Operation. In Hegar's Statistik entfallen 13 Fälle von Castration auf Myome und zwar 3 mit letalem Ausgang.

In Bezug auf die Beseitigung der Beschwerden hat die Castration bisweilen einen vollkommenen, in anderen Fällen nur einen partiellen, oder vorübergehenden oder gar keinen Erfolg aufzuweisen.

Bezüglich der wenigen vollkommenen Erfolge ist der Angabe von L. Tait über 8 Fälle von Myomcastration zu entnehmen, dass keiner tödlich endete und in allen „perfect recovery" eintrat.

Ähnlich erwähnt Knowsley-Thornton 15 Myomcastrationen, die alle heilten und 10 ein vollkommenes Resultat ergaben.

P. Müller[1]) operierte 6 Mal. 1 Mal wurde die Operation nicht vollendet, 4 Mal trat Menopause ein, dagegen blieben die Schmerzen, wo sie vorhanden gewesen, ziemlich unverändert. 1 Kranke starb. Bei Hegar's 13 Fällen trat 7 Mal vollständige Heilung ein mit Verkleinerung des Tumors und Menopause.

Godell stellte 98 Fälle zusammen. In 78 Fällen trat Amenorrhoe ein, 8 Mal wurde die Menstruation erschwert, 12 Mal blieb sie aus.

In Wiedow's 76 Fällen erfolgte in 61 Fällen sofort oder nach unerheblichen Blutungen Menopause, in anderen Fällen wurden die Blutungen regelmässig oder unregelmässig schwach z. T. unter Abnahme des Tumors. Nur in 4 Fällen war der Erfolg betreffs der Blutungen vorübergehend oder ganz ausgeblieben. In der grossen Mehrzahl schrumpfte ferner der Tumor nach Wiedow unter 76 Fällen 63 Mal. In 3 Fällen wurde ausserdem anfänglich eine Abnahme bemerkt, der dann ein neues Wachstum folgte. Die Abnahme ist in einzelnen Fällen eine rapide und grosse gewesen. So sah L. Tait in einem Falle ein ca. 5 Pf. schweres Myom in 6 Monaten völlig schwinden. In den 13 Fällen von Olshausen gab es 6 vollkommene Erfolge. Die Menses cessierten und zwar mit Ausnahme eines Falles sofort und anhaltend, in 1 Falle, nachdem vom 3.—6. Monat nach der Operation eine dreimalige Blutung mässigen Grades aufgetreten, dann aber bis Ablauf der 5 beobachteten Jahre nicht wiedergekehrt war.

Wenngleich auch in vielen Fällen der gewünschte

---

[1]) Deutsche Zeitschrift für Chirurgie XX.

Heilzweck, Cessation der Menses und Involution des Tumors, eintritt, so pflegt doch die spätere Zeit der Reconvalescenz durch mannigfache, oft in hohem Grade auftretende allgemeine und nervöse Erscheinungen gestört zu sein, die infolge des plötzlich auf künstliche Weise herbeigeführten Klimax an Intensität jene bekannten Ausfallssymptome des physiologischen Klimax übertreffen, und stellen sich, wie die Casuistik zeigt, oft erst nach langer Zeit und allmählich die gewünschten Folgen der Operation ein.

Die am 2. oder 3. Tage nach der Operation meist auftretenden blutigen Ausscheidungen, die dann verschieden lange anhalten, von einigen Stunden bis 3 Wochen, sind nicht pathologisch, sondern wie eine zu früh einsetzende Periode als reflectorische Stauungshyperämie aufzufassen. Die menstruellen Blutungen hören gewöhnlich gleich nach der Operation auf, in der geringeren Zahl der Fälle kehren sie noch einige Male regelmässig oder unregelmässig wieder, so dass erst längere Zeit nach der Operation absolute Amenorrhoe eintritt, seltener treten die Menses in verstärktem Maasse auf.

In vereinzelten Fällen wurde vikariierende Menstruation beobachtet und traten Blutungen aus Mund, Nase, Magen[2]) und den Lungen auf.

Am unangenehmsten für die Castrierten sind die Molimina menstrualia, welche zur Zeit der Menses, sowie in der menstrualfreien Zeit auftreten. Es sind Kreuzschmerzen und Leibschmerzen, die ziehend und krampfartig sind, ferner Congestionen nach dem Kopfe, Ziehen im ganzen Körper, Übelkeit, Meteorismus verbunden mit Wühlen und Völle im Leibe; auch rein nervöse Zustände wie Schwindel, Angst, Ohnmachten und Ohrensausen kommen vor. In den meisten Fällen zeigt sich allmählicher Nachlass und gänzliches Verschwinden dieser Zustände. Die häufigsten Beschwerden sind die auch in der menstrualfreien Zwischenzeit auftretenden vasomotorischen Störungen, welche das Gefühl von heissen Übergiessungen, emporkriechender Hitze hervorrufen,

---

[2]) Nach Walson: Lectures on the Principles and Practice of Physic. Nach Decaisne: Gazette des Hôpitaux 1874.

einhergehend mit Rötung der Haut. Diese Beschwerden, gewöhnlich mit einer Art Aura beginnend, treten anfallsweise auf, oft unter Frost, dem das Hitzegefühl von unten nach oben aufsteigend folgt, verbunden mit Angst und Beklemmung, mit einer Dauer von 20 Secunden bis 3 Minuten. Ein häufig stärkerer oder schwächerer Schweissausbruch und eine gewisse Abgeschlagenheit beschliesst die ganze Scene. Diese Erscheinung tritt gewöhnlich erst 4—5 Wochen nach der Castration auf und zeigt sich in der ersten Zeit häufiger, oft 10—20 Mal am Tage, jedoch seltener des Nachts, nimmt aber mit den Jahren ab und verschwindet gewöhnlich später. Eine Wirkung der Castration auf den Ernährungszustand ist nicht constant, in vielen Fällen aber eine Neigung zum Embonpoint nicht zu verkennen. Die Libido sexualis war in einigen Fällen von Castration gänzlich geschwunden, wenngleich die Facultas coeundi erhalten blieb.

Im Gemütsleben der castrierten Frauen zeigten sich oft auffallende Veränderungen des Temperaments. Bei vielen war leichte Reizbarkeit vorhanden, die sich nicht selten bis zur Ungeduld steigerte, bei einzelnen entwickelte sich Hang zur Melancholie. In den glücklicher Weise seltenen Fällen hatten die geistigen Fähigkeiten durch die Castration Einbusse erlitten. Doch in allen Fällen trat später Besserung ein.

Den aus der Litteratur bekanntesten, oben angeführten Fällen von Myomcastrationen schliesse ich an dieser Stelle 42 weitere Fälle von Castrationen bei Myomen an, welche in den Jahren 1884—1892 in der Königlichen Universitäts-Frauen-Klinik zu Berlin ausgeführt wurden, deren Resultate sich auf eine Beobachtungszeit von $^3/_4$—8 Jahren erstreckt und genau gekannt sind. Von diesen 42 Fällen wurden die ersten 6 noch unter Schröder operiert, die übrigen unter Olshausen. Während Schröder sich der Castration gegenüber mehr zurückhaltend zeigte, scheint Olshausen durchaus kein Gegner dieser Operation zu sein, sobald die vorerwähnten Indicationen erfüllt sind.

Die Operation bezog sich auf Personen im Alter von 28—47 Jahren, und zwar:

3	im	Alter	von	28—29	Jahren
18	-	-	-	30—39	-
18	-	-	-	40—45	-
1	-	-	-	47	-
1	-	-	-	49	-

Folgende allgemeine Übersicht über unsere Fälle dürfte rasch orientieren:

42 Operationen.

4 Todesfälle,
28 Mal vollständige Beseitigung des Krankheitszustandes,
7 Mal partieller Erfolg,
3 Mal geringer oder gar kein Erfolg.

Unter den 4 Todesfällen war in 3 Fällen der Exitus letalis bald nach der Operation und als Folge derselben eingetreten. In den 3 Fällen (5, 12, 23) war die Todesursache septische Peritonitis. In dem vierten Fall (29) waren Circulationsstörungen mit Auftreten von Ödemen an Beinen und Armen Todesursache. Die Operation selbst war in diesen Fällen glatt von statten gegangen. Nur zeigten sich Schwierigkeiten beim Aufsuchen und Hervorziehen der Ovarien und waren die Adhäsionen nicht immer leicht zu lösen, so dass es auch nicht ohne ärgere Beleidigung der Gewebe abging und die Operation längere Zeit dauerte.

Vergleichen wir die Mortalitätsziffer unserer 42 Fälle mit jener aus der Statistik Wiedow's zu 10 %, so ergiebt unsere Zusammenstellung einen etwas geringeren Procentsatz der Mortalität zu $9^1/_2$ %.

Im Gegensatz zu diesen letalen Fällen sind nun die Fälle 1, 2, 3, 4, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 24, 27, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 37, 39, 40 diejenigen, welche ein durchaus günstiges Resultat aufzuweisen haben, da mit der Castration eine vollständige Beseitigung der ursprünglichen Krankheitszustände erzielt wurde, wenngleich auch nicht immer unmittelbar nach der Operation der Erfolg eintrat. Vor allem schwanden die gefahrvollen Blutungen, indem absolute Amenorrhoe eintrat, und endlich auch mit der allmählichen Involution des Tumors die lästigen Beschwerden wichen, welche

derselbe verursacht hatte. Wir sind sogar berechtigt, schon das Sistieren aller Blutung als Heilung, auch bei nicht immer abnehmendem Tumor, dann anzunehmen, wenn letzterer nicht wächst und die zur Operation führenden Anzeigen wegfallen, bezw. gebessert sind, wie denn auch umgekehrt die Abnahme des Tumors auch bei zeitweilig typisch oder atypisch wiederkehrender Blutung unter Umständen als Heilung zählen darf, wenn die zum Eingriff führenden Erscheinungen schwinden und die Kranke nunmehr gedeiht. Wurde dieser Zweck erreicht, dann wurden für die früheren Beschwerden gern die Belästigungen der Ausfallserscheinungen eingetauscht, zumal dieselben früher oder später schwanden.

In unseren Fällen trat meist unmittelbar nach der Operation absolute Amenorrhoe ein; in den Fällen 1, 2, 3, 5, 9, 11, 13, 14, 15, 19, 20, 36, 39, 40 traten anfangs noch geringe blutige Ausscheidungen oder einige Male Menstruation auf, der dann anhaltende Menopause folgte, im ganzen in 35 Fällen, also zu 82 %, so dass also in 18 % der Fälle keine Menopause folgte. Vergleichsweise folgen tabellarisch diesbezügliche Ergebnisse anderer Autoren:

	Fälle, in denen Menopause eintrat	Fälle, in denen Menopause ausblieb
Hegar	80 %	20 %
Wiedow	83,7 %	16,3 %
Glaeveke	88 %	12 %

Ebenso ist in fast derselben Anzahl der Fälle zugleich eine Abnahme des Tumors bemerkt worden, nur im Fall 36 blieb der Tumor stationär, ebenso die alten Beschwerden.

In den Fällen 5, 7, 8, 25, 26, 36, 38 kann wohl von einem, aber nur partiellem Erfolg die Rede sein. In allen trat zwar dauernde Amenorrhoe ein; Fall 5 und 8 verliessen mit bestem Operationserfolg und unter dem besten Wohlbefinden die Anstalt, waren aber der späteren Beobachtung entzogen, so dass ein sicheres Endresultat nicht vorliegt. In den übrigen Fällen hatten die Kranken trotz ihrer Amenorrhoe unter den

Beschwerden von Seiten des Tumors hartnäckig zu leiden.

Wenig oder gar keinen Erfolg hatten die Fälle 19, 41, 42. Im Fall 19 hatte die Operation zwar den augenblicklichen, gewünschten Erfolg, aber infolge bestehender anderer Complicationen und Verschlimmerung derselben erlag die Patientin ihrem Leiden 1 Jahr nach der Operation. Im Fall 41 scheint das linke Ovarium nicht vollständig entfernt worden zu sein und bestehen jetzt noch starke Blutungen und heftige Beschwerden. Ebenso haben sich im Fall 42 von neuem starke Blutungen eingestellt und ist das Befinden der Patientin nach wie vor dasselbe.

Es sei mir hier gestattet, einen kurzen Auszug aus den Krankengeschichten folgen zu lassen.

I. Frl. B., 40 J., nullipara. Menstr. mit 16 J., unregelm., stark und mit heftigen Schmerzen. Allmähliches Stärkerwerden des Leibes mit Schmerzen und Beschwerden beim Gehen.

Operation 25. II. 84. Im Fund. uter. ein mannesfaustgrosses interst. Myom. Reconvalescenz ungestört. Bis 3. III. 84 geringe Blutungen, dann bleibende Menopause.

Stat. 3. XI. 92. Tumor aussen nicht mehr nachweisbar, bei innerer Exploration bedeutend verringert. Das Schwächegefühl und die Ausfallssymptome nach der Operat. sind geschwunden. Pat. hat zugenommen und fühlt sich ausser geringen Stuhlbeschwerden vollkommen wohl.

II. Fr. W., 34 J., nullip. In letzten Jahren starke unregelmässige Menses. Das Abdomen ist durch ein manneskopfgrosses, subseröses, den Nabel überschreitendes, druckempfindliches Myom aufgetrieben.

Operat. 4. X. 84. Am 3. Tag p. op. geringe Blutung, seitdem Menopause. Reconvalescenz unterbrochen durch collapsähnlichen Anfall mit Dyspnoe und rasch aussetzendem Puls infolge von Embolie nach Thrombose der Jugular. ext. Erst nach 35 Tagen trat Wohlbefinden ein. Ausfallssymptome anfangs gering. Jetzt befindet sich Patientin ganz wohl, frei von allen früheren Beschwerden, kann schwere Arbeit verrichten. Der Leib ist dünner geworden.

III. Fr. D., 43 J., nullip. Seit 3 Jahren starke Blutungen, Schmerzen und Obstipation. Ergotinbehandlung ohne Erfolg.

Oper. 2. IX. 85. Tief im kl. Becken ein kindskopfgrosses, mit dem Uterus verschiebbares, interstit. Myom. Reconvalescenz normal. Sofortige Menopause, Tumor erscheint kleiner und härter.

Jetzt befindet sich Patientin äusserst wohl, kann ohne irgend welche Beschwerden 4—5 Stunden tägl. Fusstouren machen. Der Leib soll stärker geworden sein, macht aber keine Beschwerden. Zuweilen auftretende Stuhlbeschwerden durch Laxantien beseitigt. Ausfallssymptome bedeutend verringert.

IV. Fr. P., 43 J., IIpara. Seit 3 Jahren andauernd heftige Blutungen. Abdomen durch einen manneskopfgrossen interst. Tumor vergrössert. Hydrastis hat wenig Erfolg.

Oper. 6. IV. 86. Verlauf in den ersten Tagen durch sehr erregte Herzthätigkeit gestört. 3 Wochen nach der Oper. blutiger Ausfluss, dann Menopause. Tumor verkleinert sich. Die anfangs heftigen Ausfallserscheinungen, besonders die Schmerzen in der Kreuz- und Leistengegend, sind geschwunden. Pat. fühlt sich jetzt ganz gesund.

V. Frl. M., 45 J., nullip. Menses seit dem 15. J. stets stark und schmerzhaft. Seit 8 Jahren mehr andauernde Blutungen und Dysmenorrhoe. Seit $1^1/_2$ Jahren Tumor bemerkt.

Oper. 6. XI. 86. Der Tumor ist hart, unregelmässig, fast kindskopfgross. Reconvalescenz ungestört. Heilverlauf sicher. 3 Tage nach der Operat. noch blutige Ausscheidung, die am 6. Tage bereits verschwand. Pat. gesund entlassen.

VI. Frl. A., 35 J., nullip. Seit $1^1/_2$ Jahren heftige Schmerzen im Kreuz, häufig Erbrechen, Stuhl- und Urinbeschwerden. Fast das ganze Becken ist ausgefüllt durch einen über kindskopfgrossen Tumor, der 3 Finger breit über der Symphyse liegt und rechts einige kleine Knollen trägt.

Operat. 28. I. 87. Das Myom fest eingekeilt im kl. Becken, Adhäsionen stark entwickelt, nur mit Mühe zu lösen. Starke Blutung. 3 Tage p. op. Temperatur-

steigerung und deutliche Zeichen von Peritonitis. Eintritt der Menses, Erbrechen mit Blut. Unter immer frequenter werdendem Puls tritt am 2. II. 87 der Exit. letal. ein.

VII. Frau P., 36 J., Vpara, letzter Partus 84 (Forceps). Kein Abort. Seit 1886 starke Menses, 8 Tage dauernd, Abgang von Stücken, 1 Jahr vorher starke Dysmenorrhoe. Der Leib wurde allmählich stärker; zeitweise Urinbeschwerden; Katheterismus; Fluor, Obstipation, Prolapsbeschwerden.

Oper. 24. IX. 87. Uterus retroponiert, durch ein interstit. Myom der rechten hinteren Funduswand vergrössert wie im 4. Mon. der Gravidität. Absolute Amenorrhoe; Urinbeschwerden haben sofort aufgehört, während Obstipation noch vorhanden, ebenso Kopfschmerzen, Schwindel. Viel fliegende Hitze, z. Z. der Menses Wallungen nach dem Kopfe. Temperament leicht erregbar geworden. Prolapsbeschwerden unverändert. Pat. hat infolge der Oper. einen Bauchbruch. Libido sexual. geschwunden. Uterus jetzt nicht mehr vergrössert, aber dicker, von normaler Gestalt, etwas sinistrovertiert, lässt sich leicht nach vorn holen, Sonde $6^3/_4$ cm. In der Umgebung des Uter. nichts Besonderes nachweisbar.

VIII. Fr. M., 40 J., nullip. Pat. klagt seit 2 Jahren über grosse Mattigkeit, Abmagerung und Verstopfung. Auch die beiden letzten Menstruationen waren sehr stark.

Oper. 7. X. 87. Bei der Untersuchung findet sich ein kindskopfgrosses, interstit., fast cystisches Myom, dessen Kuppe zwischen Nabel und Symphyse gelegen ist. Sonde $8^1/_2$ cm nach links oben. Reconvalescenz glatt. Es tritt sofort bleibende Menopause ein. Der Tumor verkleinert sich. Pat. bei gutem Befinden entlassen.

IX. Frl. S., 35 J., nullip. Seit 3 Jahren Menses anteponiert, anhaltend und stark mit Stücken, dabei Schmerzen im Kreuz und beiden Seiten. Vor einigen Jahren Fluor. Leib allmählich stärker geworden. An die Portio schliesst sich manneskopfgrosser Tumor bis 3 Finger breit unter dem Nabel.

Oper. 22. X. 87. Nach 3tägiger Blutung Menopause. Ausfallssymptome gleich nach der Operat. Viel fliegende Hitze, 10—20 Mal tagsüber. Kreuzschmerzen.

Der Leib ist noch ziemlich stark. Temperament etwas erregbarer. Seit Mai 92 eiternde Fistel in der Wundnaht des Leibes und der Vagina, 7 cm lang. Der Fistelkanal wird excidiert, die Adhäsionen mit der Bauchwand werden scharf getrennt. Das Myom jetzt nur noch faustgross. Pat. befindet sich sehr wohl.

X. Frl. D., 37 J., nullip. Seit letzten Monaten heftige Blutungen, Schmerzen im Kreuz und Leib, der stark geworden ist. Urinbeschwerden (Katheter) und Obstipation. Das kleine Becken von einem Tumor ausgefüllt, der 1 Finger über die Symphyse ragt, subserös breit der vorderen Uteruswand aufliegt. Reposition des Tumors gelingt nicht. Curettement und Tamponaden ohne dauernden Erfolg.

Oper. 18. II. 88. Es tritt sofort bleibende Menopause ein. Urinbeschwerden hörten sofort auf. Zunahme der Kräfte. 1 Jahr nach der Oper. fliegende Hitze mit Schweiss und Frost. Die Anämie nach 1 Jahr gehoben. Auf der linken Seite des Unterleibes bisweilen Schmerzen.

Stat. 2. VII. 92. Pat. macht einen vollkommen gesunden Eindruck, wie sie sich auch subjectiv wohl fühlt. Das Myom ist faustgross und geht von der rechten Vorderwand des Uter. aus; Höhle des Uter. links etwas nach hinten 9 cm. Im Cervicalgewebe altes parametritisches Exsudat, druckempfindlich.

XI. Frl. U., 28 J., nullip. Seit ca. $^1/_2$ Jahr starke Menses. Anschwellung des Leibes unter Schmerzen.

Oper. 30. IV. 88. Uterus wie im V. Mon. der Gravidität vergrössert, Sonde 15 cm. Reconvalescenz langsam, der untere Wundwinkel verwächst mit dem Myom. 1 Jahr hindurch kamen die Blutungen immer wieder, Menses anteponierend. 12 Jodeinspritzungen. Frühjahr 1889 tritt absol. Amenorrhoe ein. Darauf bekam Pat. fliegende Hitze, aber seltener. Temperament wenig verändert.

Stat. 5. VII. 92. Obere Kuppe d. Myoms 3 Querfinger breit über der Symphyse. Sonde geht schwierig ein, nach links in den Tumor $8^1/_2$ cm. Das Myom entspringt der rechten vorderen Uteruswand, ist jetzt kleinapfelgross, nach rechts und hinten abgewendet. Die linken Anhänge etwas verdickt. Pat. fühlt sich ganz gesund.

XII. Fr. J., 43 J., IV para. Seit 5 Jahren starke Menses, 6—7 Tage anhaltend, und wachsenden Tumor bemerkt. 4jährige Ergotinbehandlung schwächte die Blutungen etwas ab. Seit Februar ist Pat. arbeitsunfähig, bisweilen profuse Blutungen. Jodbehandlung Mai 88 auch ohne Erfolg.

Oper. 25. IX. 88. Pat. erliegt 24 Std. p. op. einer diffusen sept. Peritonitis.

XIII. Fr. H, 37 J. Seit 5 Jahren heftige Dysmenorrhoe. Menses seit 3 Jahren immer stärker werdend, dickflüssige Sekretion. Seit 3 Jahren Geschwulst im Leibe bemerkt, welche Schmerzen verursacht und besonders in letzten Monaten rapide gewachsen ist. Ergotin ohne Nutzen.

Stat. 4. VI. 87. Uterus wie im 4. Mon. der Gravidität. Höhle 14 cm.

Stat. 26. IX. 87. Uterus wie im 4.—5. Mon. der Gravidität. Fundus dicht unter dem Nabel.

Stat. 19. I. 89. Derselbe Befund, Uterus noch etwas breiter.

Oper. 18. II. 89. Reconvalescenz durch Myombeschwerden gestört. Die Menses sind nicht wiedergekehrt. Anfangs wächst der Tumor.

Stat. Nov. 92. Uterus bedeutend verkleinert, etwa wie im 3. Mon. der Gravidität. Sonde 10 cm.

XIV. Fr. M., 29 J., nullip. Seit 5 Jahren starke Menses. Seit März 88 Fluor. Mai 88 Ergotinbehandlung. Sept. 88 Curettement und Jodeinspritzungen. Nov. 88 wieder curettiert, zum drittenmal vor der Operation, alles ohne Erfolg, die Unterleibsbeschwerden steigern sich.

Oper. 10. IV. 89. Uterus in normaler Lage, wie im IV. Mon. der Gravidität, durch ein interstit. Myom. Reconvalescenz langsam. $^1/_2$ J. nach der Oper. einmalige Menstruation, seitdem absol. Amenorrhoe. Dysmenorrhoe bes. bei der Arbeit besteht anfangs. 8 Tage p. op. fliegende Hitze mit Frost abwechselnd. Vom Jan. bis Mai 90 eitrige Colpitis.

Stat. 2. 7. 92. Uterus von fast normaler Grösse, etwas retroponiert. Uterushöhle etwas weit, Musculatur sehr dünn. Sonde 7 cm. Myom nicht mehr nachweisbar. Die Scheide leicht gerötet, aber ohne Sekret.

Libido sexual. gänzlich geschwunden. Obstipation, weshalb massiert wird. Pat. hat zugenommen und fühlt sich wohl.

XV. Fr. K., 43 J., II para. Seit 4 J. unregelmässige, starke Menses bis zu profusen Blutungen, weshalb tamponiert werden musste. Schmerzen im Kreuz und Unterleib. Seit Jahren stetig wachsende Geschwulst bemerkt.

Oper. 2. V. 89. Manneskopfgrosses, interst. Myom, von fester Consistenz, beweglich. Sonde links abweichend, 14 cm. 7tägige Blutung p. op., geringer weisser Ausfluss; beständiger Schweiss und viel Herzklopfen. 3 Wochen p. op. nochmals Fluxion zu den Genitalien, welche durch Scarificationen an der Portio beseitigt wurden, seitdem Amenorrhoe. Tumor nimmt rasch ab, Sonde 8 cm. 5 Wochen p. op. fliegende Hitze, öfter am Tage, 3—4mal nachts; jetzt sehr nachgelassen. Temperament ist melancholisch geworden, Libid. sexual. herabgesetzt. Seit 1 J. Schmerzen in den Füssen. Pat. hat aber sehr zugenommen und fühlt sich sonst auch wohl.

XVI. Fr. N., 45 J., IV para. Seit Herbst 88 starke, unregelmässige, lange anhaltende Menses, äusserste Anämie und Schwäche, Kopfschmerzen, Schwindel, Obstipation. Seit 1 J. starker Leib.

Oper. 22. V. 89. Der Uterus wie im IV. Mon. der Gravidität vergrössert, der Tumor ist 15 cm in der grössten Breite und 16 cm hoch über der Symphyse. Sonde gleitet rechts seitlich und links seitlich 15 cm aufwärts. Reconvalescenz gestört durch wehenartige Schmerzen im Unterleib bis zum 25. V. und Congestionen nach dem Kopfe. Heilverlauf langsam, etwas Fieber. Absolute Amenorrhoe sofort. Tumor verkleinert sich. Einige Tage p. op. fliegende Hitze mit vielem Schweiss. Libid. sexual. herabgesetzt.

Stat. 14. VII. 92. Das Myom ist $7^1/_2$ cm breit, etwa kindskopfgross, vorn mit der Bauchschnittnarbe verwachsen. Sonde ca. 6 cm. Pat. fühlt sich jetzt wohler denn je und sieht blühend aus.

XVII. Frl. St., 29 J., nullip. Bei der Pat. bestand hochgradige Retroversio, Incarcerationserscheinungen, beginnender Ileus, Ischurie mit den stärksten

Schmerzen. Der Tumor, wesentlich vom Cervix ausgehend, liegt fest im kleinen Becken.

Oper. 1. V. 89. Amenorrhoe trat sofort ein. Okt. 1889 bekam Pat. Peritonitis (ex Typhlitide?), 7 Monate bettlägerig. Gegenwärtig fühlt sich Pat. vollkommen wohl, einzige Belästigung fliegende Hitze und zeitweise Kopfschmerzen, hat aber sehr nachgelassen seit den ersten Tagen p. op. Tumor kleinfaustgross, macht keine Beschwerden mehr.

XVIII. Fr. M., 33 J., nullip. Beschwerden von Seiten eines Tumors, der den Uterus wie einen im IV. Mon. der Gravidität ausgedehnt hat.

Oper. 10. XII. 89. Glatte Reconvalescenz. Sofort absol. Amenorrhoe. Tumor verkleinert sich. Das Gehen anfangs erschwert. Uterus retrovertiert; Aufrichtung, Pessar.

Jetzt befindet sich Pat. vollkommen wohl.

XIX. Frl. G., 33 J., nullip. Pat. sehr anämisch, vor 3 J. Ulcus rot. mit starkem Blutverlust. Seit Juli 89 antepon. verstärkte Menses. Seit $1^1/_2$ J. langsam wachsende Geschwulst in der linken Bauchgegend, ohne Symptome.

Oper. 21. I. 90. Das Myom ist interstit. manneskopfgross, bis 1 Finger breit unter dem Nabel, 3 Finger breit von beiden Spinae entfernt. Menses sistierten sofort, auch verkleinert sich der Tumor, doch die Reconvalescenz erheblich; Ausfallssymptome, besonders Herzklopfen, gestört. 21. I. 91 sucht Pat. wieder ein Krankenhaus auf. Hier wird constatiert: Icterus, Druckempfindlichkeit in der Seitengegend des Abdomen, Dyspnoe, Galopprhythmus des Herzens. Dieser Complication erliegt Patientin am 16. III. 91. Section ergiebt: Myocarditis mit Aneurysma cord. vent. sin. Embolia multiplex. art. pulm. Catarrh. duct. choled.

XX. Fr. Sch., 37 J., IIpara. Seit einem Fall schmerzhafte Blutungen, die zur Zeit der Menses schon immer stark und unregelmässig waren. Dysmenorrhoe. Starker Leib.

Oper. 4. II. 90. Uterus durch doppeltfaustgrossen, aus seiner vorderen Wand entspringenden Tumor vergrössert, völlig beweglich, druckempfindlich. Nach der Operation trat nur noch 3mal die Menstr. ein. Im

Unterleib nur noch zeitweise ziehende Schmerzen. Ausfallssymptome nach $^1/_2$ J. p. op. Temperament leicht erregbar. Libid. sexual. nicht verändert.

Stat. 8. VII. 92. Pat. hat sich erholt, ist auch stärker geworden. Das Myom ist stark geschrumpft, Sonde $5^1/_2$ cm. Hinten rechts fixierende schmerzhafte Adhäsionen. Im unteren Teil der Schnittnarbe eine Hernie.

XXI. Fr. G., 40 J., nullip. Pat. hat profuse Blutungen.

Oper. 18. IV. 90. Reconvalescenz normal. Die Blutungen halten noch einige Wochen an, dann aber folgt völlige Amenorrhoe. Ausfallssymptome gering.

Stat. 27. V. 93. Pat. sieht blühend aus, fühlt sich vollkommen gesund, kann alles leisten.

XXII. Fr. V., 47 J., nullip. Beschwerden von Seiten eines Tumors.

Oper. 21. VI. 90. Uterus wie im IV. Mon. der Gravidität durch ein manneskopfgrosses interst. Myom. Reconvalescenz ungestört. Bleibende Amenorrhoe. 24. I. 91. Pat. stellt sich gesund vor, sieht blühend aus, kann gut marschieren. Ausfallssymptome ohne Beschwerden. Leichte Wallungen und Schweiss. Der Tumor hat sich erheblich verkleinert, höchstens kindskopfgross. Sonde 9 cm.

Stat. 27. I. 93. Pat. vollkommen gesund.

XXIII. Fr. G., 44 J., III para. Seit 7 J. starke schmerzhafte Menses, Fluor, Blutabgang in Stücken. Der Leib ist geschwollen.

Oper. 4. VII. 90. Uterus wie im IV. Monat der Gravidität durch prall elastischen interst. Tumor von über Manneskopfgrösse, der 3 Finger breit über den Nabel reicht. Sonde nach hinten rechts 8 cm. Pat. nach der Oper. druckempfindlichen Leib, Decubitus, frequenter Puls. Wunde nicht verheilt. 21. VII. 90 Exit. let. infolge sept. Peritonitis.

XXIV. Fr. V., 42 J., II para. Seit 2 Jahren Schmerzen im Unterleib, starker Blutverlust während der Menses, in der Zwischenzeit Fluor. Einspritzung mit Jod ohne Erfolg. Pat. sehr entkräftet. Geschwulst im Unterleib in starkem Wachsen.

Oper. 17. VII. 90. Ein festes interstit. Myom

reicht mit seiner Kuppe bis zum Nabel. 2 Mal p. op. traten noch die Menses auf, seitdem nicht mehr. Das Myom ist etwas kleiner geworden. ½ J. p. op. fliegende Hitze, oft mit Schweiss und Frost. Libid. sexual. und Gedächtnis soll abgenommen haben. Febr. 92 zeigten sich einmal Schmerzen in der linken Leistengegend. Pat. hat sich zusehends gebessert, fühlt sich wohl, hat ca. 30 Pfund zugenommen und hat gutes Aussehen.

XXV. Fr. D., 34 J., III para (2 Aborte). Seit 1 J. starke, bis 3 Wochen anhaltende Blutungen mit ziehenden Schmerzen im Kreuz und Unterleib, Fluor. Urin fliesst beim Gehen ab, dabei häufiger Drang und Schmerzen. Pat. bereits sehr elend. Curettements, Chlorzink, Jodgazetamponaden erfolglos.

Oper. 24. VII. 90. Myom gut faustgross, reicht fast bis zum Nabel. Beim Ausfluss bis 5 cm lange gangränöse Schleimhautfetzen. Sofort bleibende Amenorrhoe. ¼ J. p. op. Ausstossung gangränöser Myomstücke mit stinkendem Ausfluss. Kurz nach der Oper. aufsteigende Hitze mit Schweiss, Schwindel, Kopfschmerzen und leichte Erregbarkeit. Urinbeschwerden und Obstipation gänzlich geschwunden. Jetzt Schmerzen im Unterleib, die neuster Zeit zugenommen haben. Kein Ausfluss mehr, Leib dünner geworden. Uterus atrophisch, 6 cm Sonde, Höhle eng, Musculatur dünn, Umgebung überall empfindlich.

XXVI. Fr. U., 32 J., nullip. Starke anhaltende Blutungen. Im Leib das Gefühl des Vollseins und Drängens nach unten. Geringer Urindrang, wässriger Ausfluss.

Oper. 13. VIII. 90. Das kl. Becken von kindskopfgrossem Tumor ausgefüllt, der der vorderen Uteruswand entspringt, breitbasig, auf den Cervix übergreifend, bis zum Nabel reicht. Menses seit der Oper. nicht wiedergekehrt. Am Uterus hat sich nichts geändert. Der Tumor hat jetzt noch dieselbe Gestalt und Grösse. Das Gefühl des Vollseins und Drängens besteht noch. An der linken Uteruskante derbes apfelgrosses Exsudat, bis zur Beckenwand, schmerzhaft. Einige Tage p. op. fliegende Hitze. Temperament leicht erregbar, Libid. sexual. geschwunden. Gedächtnis und geistige Fähigkeiten sollen gelitten haben. Pat. ist schwächlich, anämisch.

XXVII. Fr. H., 49 J., nullip.. In den letzten 4 Jahren sehr starke Blutungen, Abgang in Stücken. Pat. arbeitsunfähig. Tumor in raschem Wachsen, verursacht Kreuzschmerzen und Urinbeschwerden.

Oper. 14. IX. 90. Manneskopfgrosser Tumor, prall elastisch, reicht 1 Finger breit über den Nabel. Sonde 18 cm, Heilungsprocess reactionslos. Absolute Amenorrhoe sofort. Tumor verkleinert sich, die alten Beschwerden schwinden gänzlich. Nur bei anhaltend schwerer Arbeit Schmerzen im Leibe. Bald nach d. Oper. aufsteigende Hitze mit Schweiss, Kopfschmerzen, Schwindel. Jetzt selten. Pat. fühlt sich ganz wohl, sieht blühend aus.

XXVIII. Frl. W., 45 J., I para. Seit 4 Jahren unregelmässige, starke Menses, Abgang in Stücken. Seit 3 Jahren Tumor bemerkt; nur geringe Kreuzschmerzen.

Oper. 3. X. 90. Das kl. Becken von manneskopfgrossem interstit. Tumor ausgefüllt, der bis drei Finger breit unter den Nabel reicht. Sonde nach links $10^1/_2$ cm. Langsame Reconvalescenz, starke Anämie. Sofort absolute Amenorrhoe. 2 Mon. p. op. fliegende Hitze.

Stat. 11. VII. 92. Uterus wie im 2. Mon. der Gravidität, etwas dextrovertiert. Der linken Uteruskante sitzt ovale höckrige Geschwulst breit auf, rechte Uteruskante frei, aber nicht ganz beweglich. Sonde 8 cm. In der unteren Bauchschnittfläche eine thalergrosse Öffnung. Ausfallssymptome selten. Pat. fühlt sich gesund.

XXIX. Frau B., 38 J., II para (1 Abort). Seit 1 J. unregelmässige, starke, anhaltende Menses, bräunlicher Ausfluss. Im Leibe das Gefühl des Vollseins. Stuhlbeschwerden.

Oper. 13. X. 90. Interstit. kindskopfgrosses Myom von derber Consistenz, geht nach unten in die Portio über, reicht nach oben bis 4 Finger breit unter den Nabel. Sonde 11 cm. Am 2. Tage p. op. anhaltende Blutung. Pat. erliegt am 25. X. 90 infolge von Embolie mit Ödemen an Armen und Beinen.

XXX. Frl. P., 35 J., nullip. Menses seit 1 J. anteponiert, sehr stark, bis 14 tägiger Dauer. Abgang in Stücken. Grosse Schwäche, häufige Ohnmachten, Herzklopfen, Kurzatmigkeit.

Oper. 16. III. 90. Interstit. Myom, gut faustgross,

aus der vorderen Wand. Sonde $10^{3}/_{4}$ cm. Verlauf fieberlos. 2 Tage p. op. 14 tägige Blutausscheidung, seitdem aber völlige Menopause. Nachträgliches Curettement fördert aus der rechten Tubenecke gewucherte Schleimhaut. Ausfallssymptome traten sofort stark auf.

Stat. 15. X. 92. Uterus liegt normal, nur etwas vergrössert, Tumor von doppelt Wallnussgrösse. Sonde $6^{3}/_{4}$ cm. Ausfallssymptome haben sehr nachgelassen, die alten Beschwerden sind beseitigt, Pat. hat starken Embonpoint und fühlt sich jetzt ganz gesund.

XXXI. Frl. L., 38 J., nullip. Seit 1 J. starker Leib. Anschwellung der Beine, Gefühl von Vollsein im Leibe, Kurzatmigkeit, Kreuzschmerzen, Herzklopfen, Urinbeschwerden. Diese Beschwerden besonders stark zur Zeit der Menses, ohne stärkere Blutungen.

Oper. 16. V. 91. Im linken Abdomen ein manneskopfgrosses, solides subseröses Myom, welches durch einen fingerdicken Strang mit der vorderen Uteruswand zusammenhängt; vom Cav. vesic. uterin. fühlt man 2 wallnussgrosse Tumoren aufsitzend. Sonde 9,5 cm nach rechts, hinten. Reconvalescenz langsam. Menopause seitdem anhaltend. Ausfallssymptome gleich p. op., Urin- und Stuhlbeschwerden sind geschwunden. Die bisweilen noch auftretenden Ödeme wurden durch Massage beseitigt. Der Tumor jetzt nicht mehr nachweisbar. Pat. ist stärker geworden und fühlt sich wohl.

XXXII. Frl. N., 41 J., nullip. Mai 90 geschwollene Füsse, Okt. 90 profuse Blutungen; starker Leib, Fluor. 2 J. vorher schon Urindrang und Schmerzen. Vor 9 J. Uteruspolyp entfernt. Atemnot, Anämie.

Oper. 2. VI. 91. Im unteren Abdomen knolliger Tumor von Manneskopfgrösse, der bis 3 Finger breit unter den Nabel reicht. Sofort p. op. absolute Amenorrhoe. Atemnot und Anämie sind geschwunden, nach einiger Zeit stellt sich fliegende Hitze mit Frost und Schweiss ein.

Stat. 2. VII. 92. Myom schwach faustgross, auf seiner Oberfläche mehrere kleine subseröse Myome. Sonde $6^{1}/_{2}$ cm nach links hinten. Im Bereich der Bauchnaht eine handbreite Hernie. Bisweilen an Stelle des Tumors Schmerzen.

XXXIII. Fr. W., 30 J., IV para. Seit 3 Jahren

schmerzhafte Menstruation, profuse Blutungen, 8 Tage bis 3 Wochen dauernd. Kreuzschmerzen, in der Zwischenzeit Fluor. Curettement ohne Erfolg.

Operat. 16. VII. 91. Im Fund. uter. interstit. manneskopfgrosses Myom, welches bis 2 Finger breit unter den Nabel reicht. Sonde 14 cm. Uterushöhle weit. Amenorrhoe p. op. dauernd. Tumor jetzt faustgross. Ausser bisweilen fliegender Hitze keine Beschwerden.

XXXIV. Fr. v. S., 39 J., IIpara. Seit 1 Jahr ständig wachsender Tumor ohne alle Beschwerde.

Oper. 6. VIII. 91. Uterus liegt links, durch einen fast manneskopfgrossen, intraligamentär entwickelten Tumor vergrössert. Sonde 14 cm. Reconvalescenz glatt. Amenorrhoe sofort und dauernd. Anfangs viel fliegende Hitze und Congestionen nach dem Kopfe. Das Myom kaum noch zu fühlen. Pat. hat an Kräften zugenommen, fühlt sich jetzt gesund.

XXXV. Fr. B., 32 J., Ipara. Seit Frühjahr starker Leib, heftige Kreuzschmerzen. Vor 1 J. Urinbeschwerden. Ascites. 8 Ltr. mucinhaltige Flüssigkeit entleert. Urin frei von Albumen.

Oper. 28. X. 91. Uterus anteflectiert. Sonde $7^1/_2$ cm. An der hinteren Wand mehrere subseröse, z. T. gestielte Myome bis Faustgrösse. Reconvalescenz mit etwas Fieber. Ascites verschwunden. An der rechten Uteruskante mässiges Exsudat, im linken Parametrium hühnereigrosses Exsudat. Amenorrhoe sofort p. op. Einige Wochen später fliegende Hitze mit Schweiss und Frost, anfangs 10—12mal täglich, jetzt seltener.

Stat. 6. VII. 92. Das grösste fühlbare Myom jetzt nur haselnussgross. Portio nach hinten, Uterus klein, sinistrovertiert. Sonde $6^1/_2$ cm. In der rechten Seite Verdickungen, wo auch zeitweise bei Anstrengung Schmerzen auftreten. Pat. sieht gut aus und fühlt sich wohl.

XXXVI. Fr. L., 42 J., 3 Aborte. 14. III. 91 Oper. wegen Elephantias. lab. maj. sin. In letzter Zeit starke Menses, Dysmenorrhoe, starker Leib, Urinbeschwerden.

Oper. 30. I. 92. Uterus retrodextroflectiert. Von der hinteren Wand hartes interstit., mit seinen Adnexen verwachsenes, das kl. Becken ausfüllendes Myom, kindskopfgross. Sonde 14 cm. 8 Tage p. op. anhaltende Blu-

tung, die z. Z. der nächsten Menses wiederkehrt. Darauf sistierte die Menstruation 4 Monat, trat aber am 21. VI. 92 wieder ein, dabei auch Urinbeschwerden. Ausfallssymptome waren eingetreten.

Stat. 7. VII. 92. Uterus nach vorn aufgerichtet, gut kindskopfgross. Sonde 14 cm. Höhle nach rechts. In der Umgebung schmerzhafte Stellen. Dysmenorrhoe vermindert. Pat. hat sich erholt und sieht gut aus.

XXXVII. Fr. J., 34 J., nullip. Seit 10 J. Schmerzen im Leib, der seit 5 Jahren stärker wurde. Atembeschwerden, Kopfschmerzen. Menses schmerzhaft.

Oper. 8. II. 92. Uterus wie im V. Mon. der Gravidität durch harten, unregelmässigen Tumor vergrössert. Sonde 10 cm. Glatte Reconvalescenz. Absolute Amenorrhoe sofort p. op. Z. Z. der Menses fliegende Hitze.

Stat. 21. VIII. 92. Leib ist bedeutend dünner geworden, nur bei anstrengender Arbeit etwas schmerzhaft. Libid. sexual. hat abgenommen, Temperament leicht erregbar. Keine Beschwerden. Pat. sieht wohl aus.

XXXVIII. Frl. K., 47 J., nullip. Seit 12 Jahren 4 bis 5tägige, schmerzhafte Menses. Seit 2 Jahren Geschwulst in der rechten Seite. 1890 Urin- und Stuhlbeschwerden. (Incont. urinae.)

Oper. 13. V. 92. Uterus nach rechts verdrängt durch links breit anliegendes, interstit., intraligamentös entwickeltes Myom von Kindskopfgrösse. Reconvalescenz normal. Amenorrhoe sofort p. op. 3 Wochen später fliegende Hitze.

Stat. 13. V. 92. Uterus wie im III. Mon. der Gravidität retrovertiert, Portio rechts; die Ventrofixation hat sich gelöst. Urinbeschwerden wesentlich gebessert. Im Leib noch immer das Gefühl des Vollseins. Stuhl durch Abführmittel geregelt. Pat. sieht gut aus und fühlt sich wohler als früher.

XXXIX. Fr. M., 42 J. Beschwerden durch einen Tumor und Blutungen.

Oper. 19. III. 90. Uterus wie im V. Monat der Gravidität. Reconvalescenz durch protrahierte Blutung gestört. Permanent schwache Blutung, obgleich Ovarien zweifellos entfernt sind. Tumor im Abnehmen begriffen. Okt. 90 curettiert, viel Entleerung, seitdem keine Blutung mehr.

Stat. 23. VIII. 92. Völlige Amenorrhoe. Uterus nur noch wie im II. Monat der Gravidität, 7 cm. Jetziges Befinden der Pat. vorzüglich.

XL. Fr. R., 40 J. Pat. sehr anämisch infolge starker Blutungen. Das Myom ist interstit. schwach faustgross.

Oper. 23. V. 92. Reconvalescenz normal. Zeitweise geringe Blutausscheidungen. Ausfallserscheinungen sehr mässig (Blutwallungen).

Stat. 28. II. 93. Menses nicht wiedergekehrt. Uterus kaum wie im II. Monat der Gravidität, verkleinert. Pat. befindet sich wohl.

XXXXI. Frl. D., 38 J. Dysmenorrhoe und starke Menses. Leib ist nicht aufgetrieben.

Oper. 8. VII. 92. Uterus sehr hart, wenig beweglich, wie im IV. Mon. der Gravidität. 2 Mon. p. op. sistieren die Menses, dann wieder immer stärker werdende Blutungen mit grossen Beschwerden. Das linke Ovarium vielleicht nicht vollständig entfernt. Keine Besserung.

XXXXII. Fr. S., 43 J., IVpara. Seit 7 J. 5 bis 6 Tage anhaltende starke Menses, Schmerzen im Leib. Seit 2 Jahren Neuralgie in beiden Beinen, Mattigkeit, Urindrang. Curettement ohne Erfolg.

Oper. 25. X. 92. In der vorderen Uteruswand hartes, interstit., kindskopfgrosses Myom. Links neben der Portio druckempfindliche, höckrige, taubeneigrosse Geschwulst. Sonde 12 cm. Bauchschnittwunde heilt bis auf eine 2 cm lange Fistel an einem der unteren Stichcanäle; kein Fieber. 2 Monate p. op. sistierten die Menses, dann 4 wöchentliche starke Blutungen, die erst nach Tamponade oder Hydrastis stehen. Ausfallssymptome sind nicht eingetreten. Der Leib unverändert stark, weniger schmerzhaft, aber Gefühl von Vollsein besteht noch. Urinbeschwerden etwas gebessert. Die Schmerzen in den Beinen etwas vermindert. Das jetzige Befinden der Pat. ist gegen früher wenig gebessert.

Specielle Übersicht der 42 Krankenfälle.

No.	Name	Alter	Symptome vor der Operation	Unmittelbarer Erfolg nach der Operation	Späterer Verlauf
1.	Frl. B.	40	Starke Menses. Schmerzen im Leib und beim Gehen.	Noch einige Wochen geringe blutige Ausscheidungen.	Bleibende Menopause. Myom stark geschrumpft. Geringe Stuhlbeschwerden. Völlige Genesung.
2.	Fr. W.	34	Starke Menses. Schmerzhafter Tumor	Noch 3 Tage Blutung.	Bleibende Menopause. Tumor verkleinert. Keine Beschwerden. Völlige Genesung.
3.	Fr. D.	43	Heftige Blutungen. Obstipation.	Amenorrhoe.	Bleibende Menopause. Tumor nachweisbar nicht verkleinert, aber keine Beschwerden ausser zeitweiliger Verstopfung. Völlige Genesung.
4.	Fr. P.	43	Heftige Blutungen.	3 Wochen p. op. blutiger Ausfluss.	Bleibende Menopause. Tumor verkleinert. Völlige Genesung.
5.	Frl. M.	45	Andauernde Blutungen. Dysmenorrhoe.	3tägige Blutung.	Menopause. Patientin fühlte sich gesund.
6.	Frl. A.	35	Heftige Schmerzen im Leib, Stuhl- und Urinbeschwerden.	Exitus letal. infolge sept. Peritonitis.	
7.	Fr. P.	36	Starke Menses. Dysmenorrhoe. Obstipation.	Blutung sistiert.	Bleibende Menopause. Myom geschrumpft. Urinbeschwerden verschwunden. Obstipation noch vorhanden. Befinden gebessert.
8.	Fr. M.	40	Starke Menses. Obstipation.	Blutung sistiert.	Bleibende Menopause. Patientin ist genesen.
9.	Frl. S.	35	Starke, unregelmässige Menses. Schmerzen im Kreuz und beiden Seiten.	3tägige Blutung, dann Menopause.	Bleibende Menopause. Myom geschrumpft. Völlige Genesung.
10.	Frl. D.	37	Heftige Blutungen. Dysmenorrhoe. Urinbeschwerden und Obstipation.	Blutungen sistierten sofort.	Bleibende Menopause. Urinbeschwerden hörten sofort auf. Myom stark geschrumpft. Im Cervicalgewebe altes parametritisches Exsudat. Patientin macht sonst ganz gesunden Eindruck.

11.	Fr. U.	28	Starker Leib und Schmerzen.	Amenorrhoe trat sofort ein.	Bleibende Menopause, nachdem einige Male die Menses wiedergekehrt waren. Myom verkleinert. Völlige Genesung.
12.	Fr. J.	43	Starke Menses.	Exitus letalis infolge sept. Peritonitis.	
13.	Fr. H.	37	Starke Menses. Dysmenorrhoe.	Blutungen hörten nicht auf, der Tumor wächst anfangs und macht Beschwerden.	Bleibende Menopause. Der Tumor allmählich verkleinert. Keine Beschwerden.
14.	Fr. M.	29	Starke Menses. Fluor. Schmerzen im Leib.	Menses traten noch einmal auf. Anfangs Dysmenorrhoe.	Bleibende Menopause. Tumor nicht mehr nachweisbar. Geringe Obstipation. Völlige Genesung.
15.	Fr. K.	43	Profuse Blutungen. Schmerzen im Leib.	Einige Wochen nach der Operation geringe Blutungen.	Bleibende Menopause. Tumor hat sich verkleinert. Genesung.
16.	Fr. N.	45	Anhaltende, starke Menses. Anämie. Obstipation.	Menses cessierten sofort.	Bleibende Menopause. Tumor verkleinert. Völlige Genesung.
17.	Frl. St.	29	Tumor macht Incarcerationserscheinungen. Ileus, Ischurie, Schmerzen im Leib.	Menses cessierten sofort.	Bleibende Menopause. Tumor verkleinert, macht keine Beschwerden mehr. Völlige Genesung.
18.	Fr. M.	33	Beschwerden durch das Myom.	Menses cessierten sofort.	Bleibende Menopause. Tumor verkleinert. Anfangs Beschwerden beim Gehen. Völlige Genesung.
19.	Frl. G.	33	Starke Blutungen.	Blutungen hörten sofort auf.	Bleibende Menopause. Tumor verkleinert sich. Späterer Verlauf durch Icterus, Myocarditis, Embolie gestört. Exitus letal. nach 1 Jahr.
20.	Fr. Sch.	37	Schmerzhafte Blutungen. Starker Leib.	3 mal traten noch die Menses auf.	Bleibende Menopause. Tumor verkleinert. Hinten rechts vom Uterus fixierende schmerzhafte Adhäsionen. In der unteren Schnittfläche eine Hernie. Im Leib zeitweise Schmerzen. Patientin gebessert.
21.	Fr. G.	40	Profuse Blutungen.	Geringe Blutungen noch einige Wochen.	Bleibende Menopause. Völlige Genesung.

No.	Name	Alter	Symptome vor der Operation	Unmittelbarer Erfolg nach der Operation	Späterer Verlauf
22.	Fr. V.	47	Beschwerden durch den Tumor	Menses cessieren sofort.	Bleibende Menopause. Tumor verkleinert. Völlige Genesung.
23.	Fr. G.	44	Starke, schmerzhafte Menses. Fluor.	Exitus letalis infolge sept. Peritonitis	
24.	Fr. V.	42	Starke Blutungen. Schmerzen im Leib.	Menses treten nur noch 2 mal auf.	Bleibende Menopause. Tumor etwas verkleinert. Genesung.
25.	Fr. D.	34	Anhaltende Blutungen, Schmerzen im Leib und Kreuz. Fluor. Urinbeschwerden.	Menses cessierten sofort.	Bleibende Menopause. $^1/_4$ J. p. op. Ausstossung grangränöser Schleimhautfetzen und Myomstücke. Druckbeschwerden verschwunden. Im Unterleib wieder Schmerzen, der Leib überall empfindlich. Teilweise Besserung.
26.	Fr. U.	32	Starke Blutungen, Drängen im Leib, Urindrang, Fluor.	Menses cessierten sofort.	Bleibende Menopause. Tumor hat sich nicht verkleinert. An der linken Uteruskante ein Exsudat, welches schmerzhaft ist. Teilweise Besserung.
27.	Fr. H.	49	Starke Blutungen, Kreuzschmerzen und Urinbeschwerden.	Menses cessierten sofort.	Bleibende Menopause. Tumor verkleinert, keine Beschwerden mehr. Völlige Genesung.
28.	Frl. W.	45	Starke Menses. Kreuzschmerzen.	Menses cessierten sofort.	Bleibende Menopause. Tumor verkleinert. Völlige Genesung.
29.	Fr. B.	38	Starke Menses. Drängen im Leibe. Fluor.	Exitus letalis infolge von Embolie.	
30.	Frl. P.	35	Starke Menses.	Noch 14 Tage blutige Ausscheidung.	Bleibende Menopause. Tumor verkleinert. Völlige Genesung.
31.	Frl. L.	38	Drängen im Leib. Ödeme, Urinbeschwerden. Atemnot.	Menses cessieren sofort.	Bleibende Menopause. Der Tumor nicht mehr nachweisbar. Alle Beschwerden sind geschwunden. Völlige Genesung.

32.	Frl. N.	41	Profuse Blutungen. Ödeme. Atemnot. Urindrang. Fluor.	Menses cessieren sofort.	Bleibende Menopause. Tumor verkleinert. Die Beschwerden sind verschwunden. Bisweilen Schmerzen im Leib. In der Bauchnaht handbreite Hernie. Teilweise Besserung.
33.	Fr. W.	30	Profuse Blutungen. Dysmenorrhoe. Kreuzschmerzen. Fluor.	Menses cessierten sofort.	Bleibende Menopause. Tumor verkleinert. Keine Beschwerden mehr.
34.	Fr. v.S.	39	Wachsender Tumor ohne Beschwerde.	Menses cessierten sofort.	Bleibende Menopause. Tumor fast verschwunden. Völlige Genesung.
35.	Fr. B.	32	Kreuzschmerzen. Urinbeschwerden. Ascites.	Menses cessierten sofort.	Bleibende Menopause. Tumor verkleinert. Rechts vom Uterus schmerzhafte Verdickungen. Genesung.
36.	Fr. L.	42	Starke Menses. Dysmenorrhoe. Urinbeschwerden.	Die Blutungen hielten noch 8 Tage an.	Die Menses kehrten noch einige Male wieder, dabei auch die Urinbeschwerden. Myom hat nicht abgenommen. Dysmenorrhoe vermindert. Patientin jetzt bedeutend gebessert.
37.	Fr. J.	34	Schmerzhafte Menses. Schmerzen im Leib. Atemnot.	Menses cessierten sofort.	Bleibende Menopause. Tumor verkleinert. Keine Beschwerden.
38.	Frl. K.	47	Schmerzhafte starke Menses. Urin- und Stuhlbeschwerden.	Menses cessierten sofort.	Bleibende Menopause. Tumor verkleinert. Urin- und Stuhlbeschwerden gebessert. Patientin erholt sich zusehends.
39.	Fr. M.	42	Heftige Blutungen. Myombeschwerden.	Blutung besteht fort.	Nach längerer Zeit tritt bleibende Menopause ein. Tumor verkleinert. Völlige Genesung.
40.	Fr. R.	40	Starke Blutungen.	Geringe Blutausscheidungen.	Bleibende Menopause. Tumor verkleinert. Genesung.
41.	Frl. D.	38	Starke Menses. Dysmenorrhoe.	2 Monate sistieren die Menses.	Neue starke Blutungen mit grossen Beschwerden. Keine Besserung.
42.	Fr. S.	43	Anhaltende starke Menses. Schmerzen im Leib und in den Beinen. Urindrang.	Blutungen hörten anfangs auf, kamen bald wieder.	Blutungen bestehen fort, der Leib ist noch stark. Urinbeschwerden und Schmerzen in den Beinen etwas gebessert. Im allgemeinen wenig Besserung.

Allgemeine Übersicht der 42 Krankheitsfälle.

I. Symptome während d. Krankheit	II. Operationsverlauf	III. Unmittelbarer Erfolg	IV. Späterer Verlauf.
A. Starke Blutungen in 35 Fällen vorhanden a) mit menstruellem Typus in 13 Fällen, b) atypisch und z. T. anhaltend in 22 Fällen.	A. Günstiger Verlauf in 37 Fällen.	A. Die Blutungen sistierten sofort in 20 Fällen.	A. bezüglich der Blutungen. a) Absolute Amenorrhoe wurde erzielt in 32 Fällen. b) Dauernde Menopause trat erst nach wiederholtem Auftreten der Menses ein in 4 Fällen. c) Blutungen blieben bestehen in 2 Fällen.
B. Myombeschwerden. a) Schmerzen im Leib in 16 Fällen, b) Beschwerden beim Gehen in 2 Fällen, c) Ödeme in 2 Fällen, d) Atembeschwerden in 2 Fällen, e) Incarcerationserscheinungen in 26 Fällen, 1. Urinbeschwerden in 13 Fällen, 2. Stuhlbeschwerden in 12 Fällen 3. Beginnender Ileus in 1 Falle.	B. Gestörter Verlauf infolge anderer Krankheit in 1 Fall. C. Tödlicher Verlauf in 4 Fällen a) infolge septischer Peritonitis in 3 Fällen, b) infolge von Circulationsstörung in 1 Fall.	B. Geringere Blutungen nur noch einige Zeit nach der Operation in 12 Fällen. C. Unmittelbar kein Erfolg in 6 Fällen.	B. bezüglich des Myoms. a) Das Myom ist geschrumpft in 30 Fällen. b) Das Myom hat dieselbe Grösse behalten in 2 Fällen. c) Frühere Symptome von Seiten des Tumors sind geschwunden in 25 Fällen. d) Frühere Myombeschwerden sind bestehen geblieben: 1. Schmerzen oder Drängen im Leib in 5 Fällen, 2. Urin- und Stuhlbeschwerden in 2 Fällen.
C. Dysmenorrhoische Beschwerden in 22 Fällen.			C. Allgemeine Erscheinungen. a) Dysmenorrhoe besteht noch in 2 Fällen. b) Als neue Symptome sind hinzugetreten: 1. Ausfallssymptome in 26 Fällen, 2. Entzündungen der Beckenorgane in 3 Fällen. c) Ausfallssymptome sind bereits gänzlich geschwunden in 8 Fällen. d) Patientinnen fühlen sich vollkommen gesund in 29 Fällen. e) Keine Besserung trat ein in 2 Fällen.

Zum Schluss spreche ich Herrn Geheimrat Prof. Dr. Olshausen, sowie Herrn Secundärarzt Dr. Winter, dem ich die Anregung zu vorliegender Arbeit verdanke, für ihre ausserordentlich liebenswürdige Unterstützung bei der Arbeit, meinen herzlichsten Dank aus.

Litteratur.

Hegar u. Kaltenbach, Operative Gynäkologie.
Hegar, Die Castration der Frauen.
Hofmeier, Operative Gynäkologie.
Gusserow, Die Neubildungen des Uterus.
Olshausen, Die Krankheiten der Ovarien.
Archiv für Gynäkologie 1889, Bd. 35.
dto. 1886, Bd. 29.
Deutsche medicinische Zeitschrift 1880, No. 47.
Deutsche Zeitschrift für Chirurgie XX.
Centralblatt für Gynäkologie 1882, No. 6.
Breslauer ärztliche Zeitschrift 1879, No. 23.
Berliner klin. Wochenschrift 1878, No. 16.
Martin, Frauenkrankheiten.

Thesen.

I.

Bei hartnäckigen Ovarialneurosen ist die Castration indiciert.

II.

Ausser einer parasitären Form der Alopecia areata giebt es noch eine trophoneurotische.

III.

Eine energische Therapie zur Coupierung von Symptomen im Beginne einer Krankheit ist zu verwerfen.

Lebenslauf.

Verfasser, Alfred Neithardt, geboren den 6. Mai 1865 zu Carthaus, Prov. Westpreussen, evangelischer Confession, Sohn des verstorbenen Königl. Kreis-Tierarztes Friedrich Neithardt, genoss seinen ersten Unterricht in einer Elementarschule zu Berlin und besuchte daselbst von seinem 9. Lebensjahre ab das Louisenstädtische und Joachimsthalische Gymnasium, das er mit dem Zeugnis für den Einjährigen-Dienst verliess, siedelte dann auf das Gymnasium zu Deutsch-Krone über, welches er Ostern 1887 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Seine medicinischen Studien begann er zu dieser Zeit in Berlin und setzte dieselben bis zur Gegenwart daselbst fort. Die ärztliche Vorprüfung bestand er März 1890. Am 25. Juli 1892 absolvierte er das Examen rigorosum.

Seinen Universitätslehrern, den Herren Professoren und Privatdocenten Bardeleben, v. Bergmann, du Bois-Reymond, Burchardt, Fasbender, Fräntzel, Gerhardt, Grunmach, Hansemann, Hartmann (†), Hertwig, v. Hofmann (†), Leyden, Liebreich, Olshausen, Pinner, Rubner, Schlange, Senator, Schweigger, Schwendener, R. Virchow, Waldeyer, spricht Verfasser hiermit seinen wärmsten Dank aus.